

# Reumatoidartriidihaigete rahulolu arstiabi kättesaadavusega

Kaja Põlluste<sup>1</sup>, Riina Kallikorm<sup>1</sup>,  
Kersti Meesaar<sup>2</sup>, Margus Lember<sup>1</sup> –  
<sup>1</sup>TÜ sisekliinik, <sup>2</sup>TÜ tervishoiu instituut

**Võttesõnad:** reumatoidartriit, arstiabi kättesaadavus, rahulolu arstidega, ooteaeg arsti juurde saamiseks

**Töö eesmärk.** Võrrelda reumatoidartriidi (RA) haigete arstiabi kasutamist ja rahulolu arstiabi kättesaadavusega Eesti erinevates piirkondades ning analüüsida arstiabi kättesaadavusega rahulolu mõjutavaid tegureid.

**Metoodika.** 2007.–2008. a postiküsitlusena tehtud uuringus osales 1259 täiskasvanud RA-haiget. Uuritav juhuslikustatud valim ( $n = 2000$ ) moodustati Eesti Haigekassa raviarvete andmebaasi alusel.

**Tulemused.** Olulisemateks arstiabi kättesaadavusega rahulolu mõjutavateks teguriteks olid RA-haigete hinnangul valu, ooteaegade pikkus arsti juurde pääsemiseks ning rahulolu arstidega. Rahulolu arstiabi kättesaadavusega piirkonniti ei erinenud, kuid ilmnemise mitmed erinevused Tallinna ja teiste piirkondade RA-haigete hinnangutes seoses üld- ja eriarstiabi kasutamisega.

**Kokkuvõte.** RA-haigete hinnang arstiabi kättesaadavusele sõltub oluliselt rahulolust oma arstiga ja samuti võimalusest saada vajaduse korral kiiresti asjakohast arstiabi. Arstiabi kättesaadavus peaks olema võrdset

tagatud kõigile abivajajatele, kuid perearstiabi kättesaadavus on piirkonniti erinev.

Reumatoidartriit (RA) on krooniline haigus, mida põeb erinevatel andmetel 0,2–1,1% täiskasvanud rahvastikust (1). Haigestutakse sagedamini vanuses 20–60 aastat, kusjuures naised haigestuvad ligikaudu kolm korda sagedamini kui mehed. RA on progresseeruv haigus, mis võib kaasa tuua süveneva liigesekahjustuse ja liigete deformatsioonid, millele võib järgneda töövõimekaotus, puue ja enneaegne surm. Varane ja adekvaatne ravi mõjutab oluliselt RA kulgu, pidurdades liigesekahjustuse kujunemist ja puude teket (2). Seega on RA-haiged sarnaselt paljude kroonilisi haigusi põdevate inimestega otseselt sõltuvad tervishoiuteenuste õigeaegsest kättesaadavusest ning seetõttu on oluline teada, kuivõrd haiged ise on neile osutatavate teenuste kättesaadavusega rahul.

Eestis on arstiabi kasutamisega ja arstiabi rahulolu uuringuid tehtud alates 1990. aastate lõpust. Esimestes uurin-gutes keskenduti peamiselt perearstiabi rahulolu hindamisele (3, 4). Alates 2002. aastast hinnatakse ka rahulolu arstiabi kättesaadavusega ning ooteaegade pikkust nii pere- kui ka eriarstide juurde pääsemiseks. Ajavahemikul 2002–2005 pikenesid ooteajad nii pere- kui ka eriarstide vastuvõtule saamiseks ning vähenes mõnevõrra rahulolu arstiabi kättesaadavusega. Ilmnes ka, et nii 2002. kui ka 2005. a olid krooniliste haigustega inimesed võrreldes teis-

tega arstiabi kättesaadavusega oluliselt vähem rahul, kuigi ooteaegade pikkus nii pere- kui ka eriarstide juurde saamiseks neil teistest ei erinenud. Arstiabi kättesaadavuse hinnanguid mõjutas eelkõige üldine rahulolu arstiabi osutajatega ja arstiabi korraldusega (5, 6). Nimetatud uuringutest ei selgunud, kuivõrd võiksid rahulolu arstiabi kättesaadavusega mõjutada haigusega seotud kulutused (kulutused ravimitele, visiiditasud, transpordikulud seoses arsti juures käimisega jms), elukoha kaugusest tulenevad piirangud (sh arsti juures käimiseks kulunud aeg) ning inimese elukvaliteedi muutus seoses haigusega. Kuid just need on tegurid, mis teistes riikides korraldatud uuringute andmetel mõjutavad oluliselt inimeste rahulolu arstiabi kättesaadavusega (7–9). Kogu rahvastikku hõlmavates uuringutes ei ole tavaliselt võimalik niisugustele aspektidele keskenduda, kuna see eeldaks uuritava seas haiguste täpsemat määratlemist. Erinevate diagnoosidega haigete leidmine võib aga osutada liiga töömahukaks ja aeganõudvaks ning lõpptulemusena võib ka väga suure küsitletavate arvu puhul sobiva diagnoosiga haigete valim olla liiga väike, et selle põhjal teha üldistavaid järeldusi (10). Seetõttu on otstarbekas teha niisugust uuringut konkreetse sihtrühma hulgas.

Varasemate uuringute tulemused on viidanud ka piirkondlikele erinevustele arstiabi kättesaadavuses. 1998. a oli Tallinnas võrreldes teiste Eesti piirkondadega ooteaeg perearsti juurde oluliselt pikem kui mujal Eestis ning samuti oli Tallinna elanike rahulolu perearstisüsteemiga võrreldes teiste piirkondadega tagasihoidlikum (11). Sama tendents püsis 2002. aastal (12), samuti hilisemates uuringutes (13, 14). Piirkondlike erinevusi leiti ka eriarstiabi kättesaadavuses (13, 14).

Töö **eesmärgiks** oli 1) võrrelda piirkonniti Eesti RA-haigete arstiabi kasutamist ja rahulolu arstiabi kättesaadavusega ning 2) analüüsida rahulolu mõjutavaid tegureid RA-haigete hinnangul.

## UURIMISMATERJAL JA -MEETODID

Uuring „Reumatoidartriidihaike elukvaliteet, toimetulek ja rahulolu arstiabi kättesaadavusega“ toimus Tartu Ülikooli sisekliiniku ja tervishoiu instituudi ning Eesti Haigekassa koostöös ajavahemikul oktoobrist 2007 kuni veebruarini 2008. Andmed patsientide kohta saadi Eesti Haigekassa (EHK) raviarvete andmebaasist. Uuringusse valiku kriteeriumid olid järgmised:

- 1) patsient on vähemalt 18 aastat vana;
- 2) isikule on 2006. aastal vähemalt üks kord RA tõttu osutatud tervishoiuteenust;
- 3) RA on diagnoositud põhihaigusena (diagnoosid M05 ja M06 RHK-10 alusel).

Nendele kriteeriumidele vastas 8814 kindlustatud, kellest juhuvaliku alusel võeti valimisse 2000. Valimisse võetud isikutele saadeti eesti- ja venekeelne küsimustik koos kaaskirjaga, milles selgitati uuringu eesmärki ja elluviimise põhimõtteid. Uuritavatel paluti koos täidetud küsimustikuga tagastada ka allkirjastatud nõusolekuleht, millega inimene kinnitas oma nõusolekut uuringus osalemiseks ja haigekassa andmebaasides tema kohta käivate tervishoiukulutustega seotud lisandmete kasutamiseks. Uuringu on heaks kiitnud Tartu Ülikooli inimuuringute eetika komitee (16.10.2006).

Uuringus kasutati käesoleva töö autorite väljatöötatud küsimustikku, milles oli 48 küsimust või küsimuste rühma: taustandmed (12 tunnust) ja haiguse kulgu iseloomustavad andmed (18 tunnust), arstiabi kasutamine ja sellega seotud kulud (30 tunnust), ravimid (7 tunnust), abivahendid ja hooldamine (9 tunnust) ning haigusega seotud info (20 tunnust). Elukvaliteedi hindamiseks paluti täita küsimustik SF-36 (15). Rahulolu arstiabi kättesaadavusega ja seda mõjutavate tegurite analüüs põhines järgmistel tunnustel: **uuritava taustandmed** (sugu, vanus, elukoht, tegevusala ja töö iseloom, haridus, leibkonna suurus, keskmine sissetulek ühe leibkonnaliikme kohta) ja **haiguse kulgu iseloomustavad andmed** (haiguse kestus,

ajutine ja püsiv töövõimetus, puude olemasolu, kaasuvate krooniliste haiguste esinemine); **arstiabi kasutamine ja sellega seotud kulud** (arstikülastuste ja haiglaravi kordade arv, ooteaeg perearsti ja reumatoloogi vastuvõtule, rahulolu arstidega, arstiabi korraldusega ning kättesaadavusega, arsti juures käimise või haiglas viibimisega seotud aja- ja rahakulu ning kulutused ravimitele).

Andmete töötlemiseks kasutati andmetöötluspaketti SPSS 15.0 for Windows. Rühmadevaheliste erinevuste selgitamiseks kasutati hii-ruut-kriteeriumi, keskmiste väärtuste erinevuste olulisust hinnati ANOVA testi abil ja tunnustevahelisi seoseid Spearmani korrelatsioonikordaja abil. Mitme tunnuse koosmõju analüüsiti logistilise regressiooniga. Erinevusi ja seoseid peeti statistiliselt olulisteks, kui  $p < 0,05$ .

## TULEMUSED

### UURITAVATE KIRJELDUS

Uuringu lõpuks saadi tagasiside 1427 isiku kohta (71,4%), kuid 168 juhul ei olnud võimalik saadud infot analüüsis kasutada (inimene ei elanud sellel aadressil, mis oli olemas EHK andmebaasis; valimisse

võetud isik ei soovinud uuringus osaleda või ei olnud tervislikel põhjustel võimeline ankeedile vastamata; tagastatud ankeet oli tühi või puudulikult täidetud). 43 haiget (ehk 2% kogu valimist) väitsid, et neil pole RA-d diagnoositud või pole nad 2006. aastal arsti juures käinud. Seega osutus analüüsiks sobivaks 1259 ankeeti ehk 63% kõigist välja saadetud ankeetidest.

Võrreldes küsitlusele vastanutega oli mittevastanute hulgas rohkem nooremaid ning Harju-, Rapla-, Järva- ja Virumaalt pärit isikuid. Soolises struktuuris vastanute ja mittevastanute erinevusi ei ilmnenud. Tabelis 1 on võrdlevalt esitatud üldkogumi (kõik haigekassa andmebaasis olnud vähemalt 18aastased RA-patsiendid 2006. aastal), valimi, küsitlusele vastanute ja mittevastanute jaotus soo, vanuse ja elukoha järgi. Ligikaudu neljandik vastanutest (23%) olid elukohaks märkinud Tallinna, 6% Tartu, 11% maakonnakeskuse, 22% muu linna ning 38% aleviku või küla. Kõigist vastanutest olid 17% mehed ja 83% naised. Küsitletute keskmine vanus oli  $59,2 \pm 13,1$  aastat (keskmine  $\pm$  SD), 79% olid 50aastased ja vanemad. Noorim vastanu oli 19- ja vanim 93aastane.

**Tabel 1.** Reumatoidartriidihaigete üldkogumi, valimi, küsitlusele vastanute ja mittevastanute jaotus soo, vanuse ja elukoha järgi, %

	RA-patsiendid 2006 (n = 8814)	Valim (n = 2000)	Vastanud (n = 1263)	Mittevastanud (n = 737)
Sugu				
Mees	18,2	17,9	17,3	18,9
Naine	81,8	82,2	82,7	81,1
Vanuserühm*				
18–29	4,1	4,0	2,6	6,4
30–39	7,1	6,8	5,5	8,8
40–49	14,9	14,2	13,3	16,7
50–59	26,7	27,8	28,0	26,2
60–69	23,8	23,5	26,6	17,6
70 ja vanem	23,4	23,9	23,9	24,3
Elukoht*				
Harju-, Rapla-, Järvamaa	40,3	41,2	37,6	47,2
Ida- ja Lääne-Virumaa	14,3	13,0	12,1	14,8
Hiiu-, Saare-, Lääne- ja Pärnumaa	15,1	15,9	17,4	13,3
Tartu- ja Jõgevamaa	12,9	12,7	13,5	11,3
Põlva-, Valga-, Võru- ja Viljandimaa	17,4	17,3	19,4	13,4

\* Statistiliselt oluline erinevus vastanute ja mittevastanute struktuuri vahel ( $p < 0,0001$ ).

29% küsitletutest elas üksi, 71% koos teis(te) leibkonnaliikme(te)ga. Oma haridustaset märgiti järgmiselt: alg- või põhiharidus 21%, kesk- või keskeriharidus 62% ning kõrgharidus 18%. Vähem kui pooled (43%) töötasid kas osalise (10%) või täisajaga (33%), 57% vastanustest olid mittetöötavad isikud: pensionärid (54%), kodused (1,9%), töötud (0,9%) või õppurid (0,2%). Keskmise sissetuleku ühe inimese kohta kuus oli 4377,3 ± 2210,2 krooni (keskmine ± SD), mediaan 3500 krooni.

Keskmine haiguse kestus oli uuritutel 11,6 ± 11,5 aastat (keskmine ± SD), mediaan 7 aastat. Lisaks RA-le oli 64%-l vastanustest diagnoositud veel mõni muu krooniline haigus. 45% küsitletutest väitis, et neile on määratud puude raskusaste, 41% oli tunnistatud püsivalt töövõimeetuks (töövõime kaotus keskmiselt 70%).

Võrrelduna kogu Eesti rahvastiku elukvaliteedi eri dimensioonide väärtustega, olid SF-36 küsimustiku täitnud RA-haigete elukvaliteeti iseloomustavad näitajad oluliselt madalamad. Need tulemused on sarnased Inglismaa ja Norra RA-haigete tervisehinnangutega ning kooskõlas ka ühe varasema Eesti uuringu tulemustega (16).

#### ARSTIABI KASUTAMINE JA SELLEGA SEOTUD KULUD

Viimase 12 kuu jooksul külastas 90% vastanust vähemalt ühte arsti (perearsti, reumatoloogi või muud eriarsti), 28% oli käinud nii perearsti, reumatoloogi kui ka mõne muu eriarsti vastuvõtul. Kõige sagedamini külastati perearsti ja reumatoloogi (mõlemat 59% vastanustest), perearsti ja mõnda muud eriarsti (v.a reumatoloogi) 33% ning ainult

**Tabel 2.** Reumatoidartriidahaigete ambulatoorse arstiabi piirkondlik kasutamine

	Arstiabi liik		
	Perearst	Reumatoloog	Ambulatoorne taastusravi
<b>Arsti külastanud või arstiabi saanud isikute osakaal (%)</b>	74,2	73,3	16,0
Elukoht (linnas või maal)	<i>p&lt;0,01</i>	<i>p&lt;0,05</i>	<i>p&lt;0,05</i>
Tallinn	66,0	80,7	15,4
Tartu	71,6	71,6	23,0
maakonnakeskus	78,0	73,5	16,7
muu linn	74,3	72,4	20,2
alevik, küla	79,0	70,0	12,8
<b>Piirkond (maakonnad)</b>	<i>p&lt;0,0001</i>	<i>p=0,158</i>	<i>p&lt;0,01</i>
Harju-, Rapla-, Järvamaa	67,5	77,2	11,6
Ida- ja Lääne-Virumaa	72,3	69,1	15,0
Hiiu-, Saare-, Lääne- ja Pärnumaa	79,5	72,8	19,2
Tartu- ja Jõgevamaa	78,8	71,2	21,8
Põlva-, Valga-, Võru- ja Viljandimaa	82,4	71,3	19,3
<b>Keskmine arstikülastuste ja ambulatoorse taastusravi kordade arv viimase 12 kuu jooksul</b>	4,6	3,5	3,1
Elukoht (linnas või maal)	<i>p&lt;0,0001</i>	<i>p&lt;0,05</i>	<i>p=0,650</i>
Tallinn	3,4	4,1	2,8
Tartu	5,4	3,9	2,5
maakonnakeskus	3,9	3,3	3,4
muu linn	4,9	3,4	2,8
alevik, küla	5,3	3,3	3,7
<b>Piirkond (maakonnad)</b>	<i>p&lt;0,0001</i>	<i>p&lt;0,001</i>	<i>p=0,487</i>
Harju-, Rapla-, Järvamaa	3,7	4,0	2,8
Ida- ja Lääne-Virumaa	4,6	3,4	3,8
Hiiu-, Saare-, Lääne- ja Pärnumaa	4,0	3,5	2,7
Tartu- ja Jõgevamaa	6,0	3,2	2,5
Põlva-, Valga-, Võru- ja Viljandimaa	5,7	3,0	3,6

reumatoloogi ja teisi eriarste külastas 32% vastanutest. Perearsti külastanute osakaal oli oluliselt suurem väiksemates linnades ja maapiirkondades ( $p < 0,001$ ), seevastu Tallinna patsientide hulgas oli oluliselt suurem reumatoloogi külastanute osakaal ( $p < 0,05$ ). Erinevused perearsti külastanute osakaalus ilmnestid ka piirkondade võrdluses, kõige enam käisid perearsti juures Põlva-, Valga-, Võru ja Viljandimaa RA-haiged ( $p < 0,0001$ ). Seevastu reumatoloogi külastanute osakaal piirkonniti oluliselt ei erine (vt tabel 2).

Keskmine ambulatoorsete visiitide koguarv 12 kuu jooksul nii perearsti, reumatoloogi kui ka teiste eriarstide juurde küsitletute hinnangu järgi oli 8,1. Kõige enam käisid arsti juures maapiirkondade ja Põlva-, Valga-, Võru ja Viljandimaa ning Tartu- ja Jõgevamaa inimesed (keskmiselt 9–9,2 korda), kõige vähem Tallinna ning Harju-, Järva- ja Raplamaa elanikud (keskmiselt 7,2–7,3 korda,  $p < 0,01$ ). Nagu selgub tabelist 2, on erinevused seotud eeskätt perearstide külastustega. Kõige rohkem käis perearsti juures maapiirkondades ja Tartu linnas elav RA-haige, kõige vähem Tallinna RA-haige ( $p < 0,0001$ ). Sama erinevus ilmneb maakondade võrdluses: kõige rohkem külastas RA-haige perearsti Põlva-, Valga-, Võru ja Viljandimaal ning Tartu- ja Jõgevamaal, kõige vähem Harju-, Järva- ja Raplamaal ( $p < 0,0001$ ). Keskmine reumatoloogi külastuste arv oli suurim Tallinnas ja Tartus, oluliselt väiksem aga muudes Eesti piirkondades ( $p < 0,05$ ), maakonniti olid kõige suuremad erinevused Harju-, Järva- ja Raplamaa ning Põlva-, Valga-, Võru ja Viljandimaa võrdluses ( $p < 0,01$ ) (vt tabel 2).

Ambulatoorset taastusravi sai viimase 12 kuu jooksul 16% vastanutest, kõige suurem oli taastusravi saanute osakaal Tartus, oluliselt väiksem maapiirkondades ja Tallinnas ( $p < 0,05$ ). Maakondade võrdluses saadi taastusravi vähem Virumaal ning Harju-, Järva- ja Raplamaal ( $p < 0,05$ ) (vt tabel 2).

Kõige vähem aega kulus perearsti juures käies, s.o keskmiselt 1 tund ning 46 minutit (mediaan 1 tund ja 30 minutit), kõige kauem aega kulus reumatoloogi või teiste eriarstide vastuvõtul käimiseks, s.o keskmiselt 3 tundi ja 29 minutit (mediaan 2 tundi ja 30 minutit). Ambulatoorse taastusravi protseduuriks kuluv aeg oli keskmiselt kaks tundi ja 46 minutit (mediaan 2 tundi). Seoses perearsti juures käimisega kulutasid küsitletud endi hinnangul aastas keskmiselt 200 krooni, reumatoloogi või muu eriarsti külastamisega seoses kulus transpordile 12 kuu jooksul keskmiselt 680 krooni. Seoses eriarstide külastusega kulutasid küsitletud 12 kuu jooksul visiititasudele keskmiselt 240 krooni.

#### OOTEAEG ARSTI VASTUVÕTULE SAAMISEKS JA RAHULOLU ARSTIDEGA

Küsitlusele vastanute hinnangul said rohkem kui pooled neist (57%) perearsti vastuvõtule paari päeva jooksul, 8% vastanute hinnangul oli ooteaeg perearsti juurde tavaliselt rohkem kui üks nädal. Perearsti vastuvõtule pääsesid kõige kiiremini maainimesed, kõige pikem oli ooteaeg Tallinna elanikel (vt joonis 1).

Oma perearstiga oli rahul 86% küsitletutest, kõige enam oli rahulolevaid patsiente Tartus, kõige vähem Tallinnas (vt joonis 2). Maakondade võrdluses perearstiga rahulolu oluliselt ei erine.

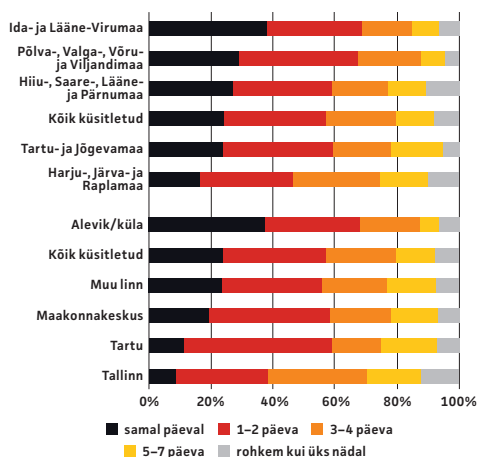
Reumatoloogi vastuvõtule saamiseks oli 21% küsitletute hinnangul ooteaja pikkus kuni üks nädal, 34% vastanutest ootasid reumatoloogi vastuvõtule saamist kauem kui üks kuu. Linna- ja maainimeste hinnangutes olulisi erinevusi ei ilmnunud, küll aga tulid esile olulised piirkondlikud erinevused: kõige kiiremini said reumatoloogi vastuvõtule Ida- ja Lääne-Virumaa patsiendid, kõige kauem ootasid Tartu- ja Jõgevamaa patsiendid (vt joonis 3).

Reumatoloogiga rahulolu oli samuti suur: väga või üsna rahul oli 86% küsitletutest. Kõige enam oldi reumatoloogiga rahul Tartu linnas ning Tartu- ja Jõgeva-

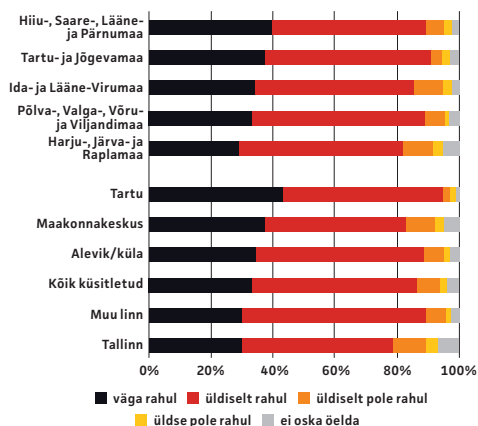
maal, kus ei olnud ühtegi väga rahulolematut patsienti, mõnevõrra vähem olid reumatoloogiga rahul Põlva-, Valga-, Võru- ja Viljandimaal ja Virumaal ning maakonnakeskustes elavad inimesed (vt joonis 4).

Lisaks ooteaegadele ja arstidega rahulolule selgitasime, kuivõrd oli RA-haigetel võimalik reumatoloogi külastamiseks enda jaoks sobivat aega valida. Selgus, et ligikaudu poolte (47%) vastanute jaoks oli viimati reumatoloogi juures käies vastuvõtuaeg esimene neile pakutud võimalus

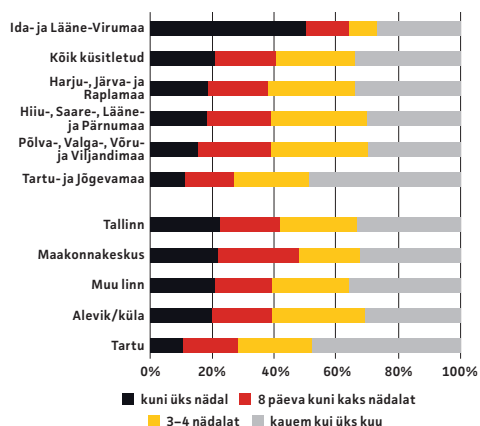
arsti juurde saada, 19% hinnangul oli see esimene vaba aeg patsiendi soovitud reumatoloogi vastuvõtule ning 18% jaoks patsiendi enda valitud või patsiendi jaoks sobiv kuupäev ja kellaaeg. 16% vastanute hinnangul oli pakutud vastuvõtuaeg nii esimene vaba aeg kui ka esimene võimalus saada oma arsti juurde või patsiendile sobiv aeg. Väiksem võimalus valida vastuvõtuaega oli Põlva-, Võru-, Valga- ja Viljandimaa elanikel, kellest 61% jaoks oli pakutud aeg reumatoloogi vastuvõtule esimeseks võimaluseks.



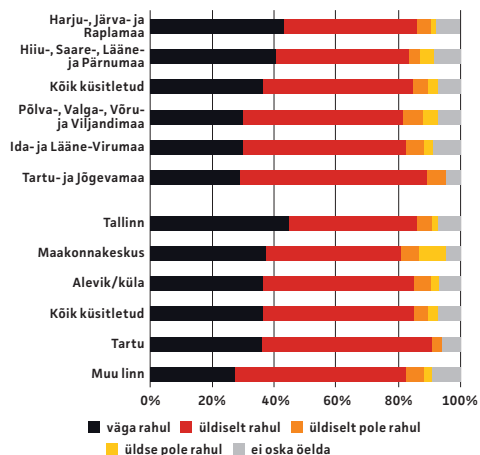
**Joonis 1.** Ooteaeg perearsti vastuvõtule saamiseks Eesti erinevates piirkondades ( $p < 0,0001$ ) ning linna- ja maainimeste hinnangul ( $p < 0,0001$ ).



**Joonis 2.** Rahulolu perearstiga Eesti erinevates piirkondades ( $p = 0,052$ ) ning linna- ja maainimeste hinnangul ( $p < 0,01$ ).



**Joonis 3.** Ooteaeg reumatoloogi vastuvõtule saamiseks Eesti erinevates piirkondades ( $p < 0,0001$ ) ning linna- ja maainimeste hinnangul ( $p = 0,186$ ).



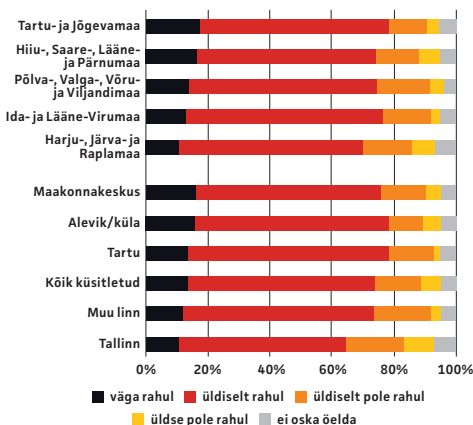
**Joonis 4.** Rahulolu reumatoloogiga Eesti erinevates piirkondades ( $p < 0,001$ ) ning linna- ja maainimeste hinnangul ( $p < 0,01$ ).

luseks arsti juurde saada, endale sobiva aja sai valida ainult 9% Põlva-, Valga-, Võru- ja Viljandimaa haigetest. Kõige enam oli võimalus sobivat aega valida Ida- ja Lääne-Virumaa elanikel (26%), virumaalaste hulgas oli ka kõige vähem neid, kellele pakutud aeg oli esimene arsti juurde pääsemise võimalus (38%). Kõik eelnimetatud erinevused on statistiliselt olulised,  $p < 0,0001$ .

RA ägenemisel pöördui tavaliselt perearsti poole (40%) või püüti ise hakkama saada (31%). 13% vastanutest helistas oma reumatoloogile ning 12% pöördus otse reumatoloogi vastuvõtule, muudel juhtudel (4%) oli märgitud mitu tegutsemisviisi. Perearstilt otsis abi rohkem kui pool Tartu- ja Jõgevamaa (52%) ning Põlva-, Valga-, Võru- ja Viljandimaa RA-haigetest (55%), kuid ainult ligikaudu veerand Tallinna (23%) ning Harju-, Rapla- ja Järvamaa (27%) patsientidest (erinevused on statistiliselt olulised,  $p < 0,0001$ ).

#### RAHULOLU ARSTIABI KÄTTESAADAVUSEGA

Ligikaudu pool küsitletutest hindas arstiabi kättesaadavust kas heaks (14%) või pigem heaks (35%), rohkem kui kolmandik leidis, et arstiabi kättesaadavus on pigem halb (28%) või halb (10%). Oma seisukohta ei osanud avaldada 13% küsitletutest. Piirkondlikke erinevusi hinnangutes arstiabi



**Joonis 5.** Rahulolu perearstisüsteemiga Eesti erinevates piirkondades ( $p = 0,254$ ) ning linna- ja maainimeste hinnangul ( $p < 0,01$ ).

kättesaadavusele ei ilmnunud. Praeguse arstiabi korraldusega, mis võimaldab pöörduda mis tahes probleemiga oma perearsti poole, oli rahul 3/4 küsitletutest, kõige enam väljendasid oma rahulolu maakonnakeskustes ja maapiirkondades elavad RA-patsiendid (vt joonis 5).

Rahulolu arstiabi kättesaadavusega seostus mitmete asjaoludega. Nõrgad, kuid statistiliselt olulised seosed olid kättesaadavusega rahulolu ning küsitletu vanuse, hariduse ja valu intensiivsusega. Rohkem olid arstiabi kättesaadavusega rahul vanemad ning madalama haridustasemega inimesed (korrelatsioonikordajate väärtused vastavalt  $r = 0,13$  ja  $r = 0,09$ ,  $p < 0,01$ ). Elukvaliteeti kirjeldavatest dimensioonidest seostus arstiabi kättesaadavusega valu: mida väljendunum oli valu, seda halvemaks peeti arstiabi kättesaadavust ( $r = -0,08$ ,  $p < 0,01$ ). Arstiabi kättesaadavust pidas heaks 10% töötavatest ning 18% mitte-töötavatest inimestest ( $p < 0,0001$ ) ning 17% nendest, kellel oli puue määratud, ja 12% neist, kellel puuet ei olnud ( $p < 0,05$ ).

Inimestest, kes viimase 12 kuu jooksul külastasid kas reumatoloogi või eriarsti, pidasid kättesaadavust heaks vastavalt 13% ja 11%. Neist, kes viimase 12 kuu jooksul reumatoloogi või teiste eriarstide juures ei käinud, pidas kättesaadavust heaks vastavalt 18% ja 16% ( $p < 0,05$ ). Arstiabi kättesaadavust peeti seda halvemaks, mida kauem kulus aega perearsti ja reumatoloogi juurde pääsemiseks (korrelatsioonikordajate väärtused vastavalt  $r = -0,20$  ja  $r = -0,28$ ). Samal ajal ei ilmnunud olulisi seoseid arstiabi kättesaadavuse hinnangu ja arsti juures käimiseks kulunud aja vahel. Halvem hinnang kättesaadavusele seostus suuremate transpordikuludega seoses arstide juures käimisega ( $r = 0,09$ ,  $p < 0,01$ ), muude kulude osas olulised seosed arstiabi kättesaadavuse hinnanguga puudusid. Mida enam oldi rahul nii perearsti, reumatoloogi kui ka teiste eriarstidega, seda paremaks hinnati ka arstiabi kättesaadavust (korrelatsioonikordajate väärtused vastavalt  $r = 0,32$ ,  $r = 0,26$  ja  $r = 0,33$ ,  $p < 0,0001$ ).



Regressioanalüüsil selgus nimetatud tegurite koosmõju: arstiabi kättesaadavuse hinnangut mõjutasid seitse tegurit (vt tabel 3), millest patsiendiga seostusid kaks: tööhõive ja valu (töötavad ning väljendunud valuga inimesed pidasid arstiabi kättesaadavust halvemaks). Lisaks kujundasid arstiabi kättesaadavuse hinnangut ooteaeg arsti juurde pääsemiseks ning rahulolu arstidega.

### ARUTELU

Nagu varasemates uuringutes on selgunud, vajavad kroonilised haiged rohkem arstiabi kui teised inimesed ning võrreldes käesoleva uuringu andmeid varasematega, selgus, et RA-haigete arstiabi vajadus oli enam-vähem samal tasemel kui muud kroonilist haigust põdevatel inimestel (5). Praegu ei ole täpselt teada, kui palju on Eestis kokku RA-haigeid. EHK andmetele tuginedes võib väita, et Eestis põeb RAD alla 1% täiskasvanud rahvastikust. Toetudes EHK andmebaasis olevalt RA-haigete arvule, on Eestis RA-levimus täiskasvanute hulgas ligikaudu 0,8–0,9%. Oluline on aga rõhutada, et RA-haigete hulgas on nii puudega inimeste kui ka püsivalt töövõimetute osakaal oluliselt suurem kui Eesti elanike hulgas üldiselt. Kui Sotsiaalkindlustusameti andmetel oli töövõimetuspensionäride osakaal 2007. a 1. jaanuaril 7,3% töövõimelisest elanikkonnast (vanuses 16–64 aastat) ja puue tuvastati 2006. aastal 3,5%-l Eesti elanikest (17), siis meie uuritavate hulgas oli RA tõttu nii püsivalt töövõimetuid kui ka puudega inimesi rohkem kui kaks viiendikku.

Oma uuringus kasutasime EHK raviarvete andmebaasi ning uuritavate valiku kriteeriumideks olid põhihaigusena diagnoositud RA (M05; M06) ning tervishoiuteenuse osutamine 2006. a selle haiguse tõttu. Samas väitis ligikaudu 2% valimisse võetud isikutest, et nad pole 2006. aastal arsti juures käinud või pole neil RAD diagnoositud. Kuna küsitlus toimus 2007. aasta lõpus, siis on võimalik, et mõni küsitletu ei mäletanud, kas ta eelmisel, s.o. 2006. aastal käis arsti juures või mitte. Samuti võis raviarvel olev RA-diagnoos olla esialgne ning reumatoloogi poolt kinnitamata. Samas on ka võimalik, et patsienti pole piisavalt informeeritud ja seetõttu ta ei tea, mis haigusega tegemist on. Kahtlemata on tegemist andmekvaliteedi probleemiga, mis vajaks täpsemat uurimist. Haigusregistrите puhul on leitud, et andmekvaliteedi puudujäägid võivad olla seotud nii juhu registreerimise täpsusega tervishoiuasutuses, diagnoosi kriteeriumidele vastavusega, andmete sisestusega kui ka mitmete muude põhjustega (18). Varasemate uuringute tulemused viitavad mõningatele andmekvaliteedi probleemidele ka Eesti meditsiiniregistrите (19, 20), mistõttu vajaksid kõik andmekogud, sh ka EHK andmebaasid, perioodilist andmekvaliteedi analüüsi.

Rahulolu arstiabi kättesaadavusega oli selles uuringus RA-haigete hinnangul sarnane krooniliste haigete hinnanguga 2005. aastal. Kuna käesolevas uuringus oli võimalik uurida rahulolu mõjutavaid tegureid detailsemalt kui varasemates kogu

**Tabel 3.** Arstiabi kättesaadavuse hinnangut mõjutavad tegurid (Nagelkerke  $R^2 = 0,21$ ).

Rahulolu mõjutavad tegurid	Kohandatud šansside suhe	Usalduspiirid 95%	p
Tööhõive	0,594	0,433–0,816	0,001
Valu	0,989	0,982–0,996	0,001
Ooteaeg perearsti vastuvõtule saamiseks	1,227	1,081–1,393	0,002
Ooteaeg reumatoloogi vastuvõtule saamiseks	1,453	1,269–1,664	0,0001
Rahulolu perearstiga	2,545	1,534–4,222	0,0001
Rahulolu reumatoloogiga	1,723	1,109–2,679	0,02
Rahulolu teis(t)e eriarsti(de)ga	2,461	1,730–3,499	0,0001



rahvastikku hõlmavates uuringutes, oli arstiabi kättesaadavusega rahulolu kujundavate tegurite kogum mõnevõrra erinev. Üks enam elukvaliteeti mõjutavaid ja igapäevaelu häirivamaid sümptomeid artriidi puhul on valu. Valu on sageli peamine tegur, mis sunnib arsti poole pöörduma, ning valu korral muutub arstiabi kiire kättesaadavus eriti oluliseks (21). Seetõttu on ootuspärane, et RA-haigetel on valu üheks arstiabi kättesaadavuse hinnangut kujundavaks teguriks. Tööl käivad patsiendid on arstiabi kättesaadavusega vähem rahul kui mittetöötavad. See on tõenäoliselt seotud sellega, et tööl käimise kõrvalt on keerulisem korraldada arsti juures käimist: 2/3 küsitletute hinnangul puudus neil võimalus valida arsti külastuseks aega, mis sobiks nende elu- ja töökorraldusega, ning reumatoloogi külastuseks saadud vastuvõtuaeg oli nende hinnangul esimene vaba aeg arsti juurde või siis esimene võimalus patsiendi soovitud, oma arsti juurde pääsemiseks. Haigete hinnangul külastatakse reumatoloogi keskmiselt 3–4 korda aastas ning iga kord kulub keskmiselt kolm ja pool tundi. Arsti juures käimiseks kulunud aeg ei seostunud otseselt arstiabi kättesaadavuse hinnanguga, kuid visiitide arvu ja visiidiga seotud ajakulu arvestades on võimalik, et töötavate patsientide puhul mõjutab arstiabi kättesaadavuse hinnangut siiski ka arsti juures käimisega seotud ajakulu.

Kuigi RA-haigete puhul analüüsiti ajaliste, geograafiliste ja rahaliste piirangute mõju, mis teistes riikides teostatud uuringute andmetel mõjutavad oluliselt rahulolu arstiabi kättesaadavusega (7–9), osutus Eestis arstidega rahulolu üheks olulisemaks arstiabi kättesaadavuse hinnangut mõjutavaks teguriks. Kuna sarnaseid tulemusi on saadud ka varem (5), siis on ilmselt rahulolu arstidega määrav ja püsiv tegur arstiabi kättesaadavuse hinnangute kujunemisel. Arstiabi osutamisel ei tohiks seda aspekti alahinnata, kuna rahulolu oma arstiga mõjutab suurel määral rahulolu kogu arstiabi korralduse ning kättesaa-

davusega. Tuleb märkida ka, et olulisem oli just rahulolu perearstiga, keda külastatakse sagedamini kui eriarste ning kelle juurde saadakse oluliselt kiiremini ja eeskätt haiguse ägenemise korral on perearst sageli patsiendi jaoks esimene valik.

Kui varasemates uuringutes ei mänginud ooteaja pikkus arsti juurde pääsemiseks arstiabi kättesaadavuse hindamisel olulist rolli, siis RA-haigete hinnangut arstiabi kättesaadavusele mõjutab ooteaeg nii perearstide kui ka reumatoloogide juurde. Üks võimalik seletus on asjaolu, et võrreldes varasemaga on ooteajad nii pere- kui ka eriarstide juurde pikenenud (5, 22) ning patsiendid tajuvad pikenenud ooteaega kui olulist arstiabi kättesaadavust piiravat tegurit.

Lisaks arstiabi kättesaadavuse hinnangut mõjutavatele teguritele uuriti ka arstiabi piirkondlikku kättesaadavust. Kuigi regionaalsed erinevused arstiabi kättesaadavuse hinnangutes puudusid, ilmnedid erinevused nii arstiabi kasutamises, ooteaegades kui ka arstidega rahulolus. Kui varasemates perearstiabi korraldusele suunatud uuringutes leidsime vajakajäämisi Tallinna üldarstiabi korralduses (eeskätt pikem ooteaeg perearsti juurde saamiseks võrreldes teiste piirkondadega) ning tallinlased eelistasid rohkem pöörduda eriarstide poole (3, 4, 11, 12), siis ka RA-haigete hinnangutes ilmnedid sama tendents. Võrreldes mujal Eestis elavate RA-haigetega külastas Tallinnas elav RA-haige oluliselt vähem perearsti ning sagedamini reumatoloogi, samuti püüti haiguse ägenemise korral sagedamini leida kontakt oma reumatoloogiga. Tallinlased olid vähem rahul perearstide ja perearstisüsteemiga, ka ooteaeg perearsti vastuvõtule saamiseks oli RA-patsientide hinnangul Tallinnas oluliselt pikem kui teistes linnades või maapiirkondades. Seega kinnitavad ka uuringu tulemused veel kord, et Tallinnas on üldarstiabi korralduses rohkem arenguruumi kui mujal Eestis. Kuna aga arstiabi kättesaadavuse uuringud näitavad, et ooteaeg eriarstide juurde muutub pidevalt pikemaks (14), muutub kiire pääs perearsti juurde kroo-

niliselt haigete inimeste jaoks üha olulisemaks ning sellega tuleks kindlasti arvestada ka üldarstiabi piirkondlikul planeerimisel.

## KOKKUVÕTE

RA on krooniline haigus, mida põdev inimene sõltub suurel määral tervishoiusteemist ning arstiabi õigeaegsest kättesaadavusest. Arstiabi kättesaadavuse hinnanguid mõjutab lisaks ooteaegade pikkusele ja tajutud valule ka see, kuidas patsient jäi rahule arstiga, kelle poole ta pöördus arstiabi saamiseks. Kuigi perearstisüsteemi on arendatud Eestis rohkem kui kümme aastat, on rahulolu sellega endiselt piirkonniti erinev ka RA-haigete seas. Kuigi teiste krooniliste haigete arstiabi kasutamise kohta detailsed uuringud puuduvad, võib eeldada,

et ka muid kroonilisi haigusi põdevad patsiendid pöörduvad Tallinnas sagedamini eriarstide poole juhtudel, millega mujal Eestis saadakse abi perearstilt. Selline suund on aga ressursimahukas, ning kuna lähiaastatel ei ole tõenäoline arstiabi osutamiseks kasutatava ressursi suurenemine, siis arstiabi kättesaadavuse tagamise seiskohalt on oluline olemasolevate ressursside säästlik ja otstarbekohane kasutamine.

Artikli autorid kinnitavad huvide konflikti puudumist seoses uuringu teostusega.

Uuringut rahastasid Eesti Teadusfond (grant 6461); Haridus- ja Teadusministeerium (SF0180081s07) ja Eesti Haigekassa.

*kaja.polluste@ut.ee*

## KIRJANDUS

1. Silman AJ, Hochberg MC. Epidemiology of the rheumatic diseases, 2nd edition. Oxford: Oxford University Press; 2001.
2. Reumatoidartriidi ravijuhend. Tallinn: Eesti Reumatoloogide Selts; 2003.
3. Põlluste K, Kalda R, Lember M. Primary health care system in transition: patients' experience. International Journal for Quality in Health Care 2000;12:503–9.
4. Põlluste K, Kalda R, Lember M. Evaluation of Primary Health Care Reform in Estonia from Patients' Perspective: Acceptability and Satisfaction. Croat Med J 2004;45:582–7.
5. Põlluste K, Kalda R, Lember M. Arstiabi kättesaadavus krooniliste haigete hinnangul. Eesti Arst 2006;85:500–9.
6. Põlluste K, Kalda R, Lember M. Satisfaction with access to health services of people with chronic conditions in Estonia. Health Policy 2007;82:51–61.
7. Iezzoni LI, Davis RB, Soukup J, O'Day B. Satisfaction with quality and access to health care among people with disabling conditions. Int J Qual Health Care 2002;5:369–81.
8. Beatty PW, Hagglund KJ, Neri MT, et al. Access to health care services among people with chronic or disabling conditions: patterns and predictors. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 2003;10:1417–25.
9. Bentur N, Gross R, Brammli-Greenberg S. Satisfaction with and access to community care of the chronically ill in Israel's health system. Health Policy 2004;67:129–36.
10. Westhoff G, Schneider M, Raspe H, et al. Advance and unmet need of health care for patients with rheumatoid arthritis in the German population—results from the German Rheumatoid Arthritis Population Survey (GRAPS). Rheumatology 2009;48:650–7.
11. Kalda R, Põlluste K, Lember M. Eesti elanikkonna hinnang esmatasandi tervishoiu aset leidnud muudatustele. Eesti Arst 1999;3:269–73.
12. Põlluste K, Kalda R, Lember M. Elanike rahulolu üldarstiabi korraldusega 2002. aastal. Eesti Arst 2004;83:93–9.
13. Patsientide hinnangud tervisele ja arstiabile. Tallinn; 2007. Saadaval [http://www.haigekassa.ee/files/est\\_haigekassa\\_uuringud/Patsientide%20rahulolu%2020071.pdf](http://www.haigekassa.ee/files/est_haigekassa_uuringud/Patsientide%20rahulolu%2020071.pdf)
14. Elanike hinnangud tervisele ja arstiabile 2009. Tallinn 2009. Saadaval [http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/Patsiendi\\_rahulolu\\_uuring\\_2009.pdf](http://www.haigekassa.ee/uploads/userfiles/Patsiendi_rahulolu_uuring_2009.pdf)
15. 36-Item Short Form Health Survey (SF-36). Saadaval [http://www.rand.org/health/surveys\\_tools/mos/mos\\_core\\_36item.html](http://www.rand.org/health/surveys_tools/mos/mos_core_36item.html)
16. Lai T, Kallikorm R, Salupere R jt. Patsientide hinnangud oma tervisele krooniliste haiguste korral. Eesti Arst 2001;80:450–5.
17. Sotsiaalkindlustusamet. Elarve ja statistika. Saadaval [http://www.ensib.ee/frame\\_eelarve.html](http://www.ensib.ee/frame_eelarve.html)
18. Lang K. Haigusregistrite andmekvaliteedi uurimise meetodid. Eesti Arst 2003;82:693–8.
19. Lang K, Mägi M, Tikk M jt. Eesti Vähiregistriandmete täielikkuse uuring. Eesti Arst 2001;80:320–4.
20. Vorobjov S, Rahu M, Rahu K, jt. Eesti Meditsiinilise Sünniregistri andmete kvaliteet. Eesti Arst 2008;87:608–14.
21. Sokka T. Assessment of pain in rheumatic diseases. Clinical and Experimental Rheumatology 2005;23(Suppl39):S77–84.
22. Tender M, Kallikorm R. Rheumatic Patients in Primary and Secondary Care: Differences in Structure of Diagnoses and Working Load within a Five-Year Period. Croat Med J 2004;45:588–91.

---

**SUMMARY**

---

**Satisfaction with access to healthcare among patients with rheumatoid arthritis**

---

**Key words:** rheumatoid arthritis, access to health services, satisfaction with doctors, waiting time to see the doctor.

---

**THE AIM** of the study was to compare the use of healthcare and satisfaction with access to it among patients with rheumatoid arthritis (RA) in different regions of Estonia and to analyse the determinants of satisfaction with access to health services.

**METHODS.** Using an original pre-structured questionnaire, 1259 adult Estonian patients with RA were investigated in 2007. The sample ( $n = 2000$ ) was randomly selected from the database of the Estonian Health Insurance Fund.

**RESULTS.** Longer waiting times to see the doctor, lower level of satisfaction with them, and more severe pain had a negative

impact on the level of satisfaction with access to healthcare. There was found no geographical variation in satisfaction with access to healthcare. However, several variations became obvious in assessments of RA patients from the capital compared to other regions concerning the use of primary health care (PHC) and specialised medical care.

**CONCLUSIONS.** Satisfaction with access to healthcare depends on satisfaction with doctors as well as with the possibility to have quick access to appropriate services in the case of need. Equal access to healthcare should be sought for all who need it, but there is a geographical variation in access to PHC.